

PÓLIZA DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL209158

ARTÍCULO 1º: COBERTURA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, en los términos y condiciones establecidas en esta póliza.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas contratadas, las cuales están expresamente señaladas en el Artículo 2º de esta póliza, y de acuerdo a los porcentajes y límites expresados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile, en los términos señalados en las Condiciones Particulares. Tratándose de gastos incurridos fuera de Chile, la conversión a moneda nacional se efectuará conforme al tipo de cambio observado determinado por el Banco Central de Chile, vigente a la fecha en que se efectúe el reembolso de gastos.

Las coberturas descritas en el Artículo 2º de esta póliza, pueden ser contratadas en forma conjunta o bien el asegurado puede optar por una de ellas.

El asegurado podrá solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta póliza, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

ARTÍCULO 2º: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que otorga la compañía aseguradora en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares, en la forma y límites allí señalados, son las que se indican a continuación.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la compañía aseguradora reembolsará considerando los gastos que excedan del deducible. Asimismo, si en las Condiciones Particulares se hubiese establecido un periodo de carencia, regirá la cobertura de que trata esta póliza sólo una vez transcurrido dicho periodo.

A) Beneficio de Hospitalización: Gastos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

- a) Días cama hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
- b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos

suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

- c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
 - d) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
 - e) Servicio Privado de Enfermera: Servicio privado de enfermera durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por un médico tratante.
 - f) Servicio de Ambulancia: Servicio de ambulancia terrestre para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms.
- B) Beneficio Ambulatorio:** Gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:
- a) Cirugía Ambulatoria.
 - b) Consultas Médicas.
 - c) Exámenes de Laboratorio.
 - d) Imagenología

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una incapacidad. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, que sufra el asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

2. Asegurado:

- El titular de la póliza, individualizado en las Condiciones Particulares.
- El cónyuge y los hijos solteros mayores de catorce (14) días y hasta los dieciocho (18) años de edad, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

- Los hijos solteros mayores de dieciocho (18) años y hasta los veinticuatro (24) años, siempre y cuando sean estudiantes de tiempo completo en un establecimiento educacional legalmente constituido, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 3. Contratante: Es la persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 4. Compañía: Es la compañía de seguros.
- 5.- Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos por esta póliza que serán siempre de cargo del asegurado, cuyo monto, condiciones, modalidad y forma de aplicación para cada evento se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. La compañía aseguradora podrá establecer montos de deducibles diferenciados para ciertas enfermedades y edades, circunstancia que será especificada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 6. Carencia: Es el periodo establecido en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de esta póliza, o de su renovación o de la incorporación de los asegurados a ella, durante el cual no están cubiertos los siniestros, eventos o incapacidades ocurridos al asegurado, quedando éstos automáticamente excluidos de esta cobertura, respecto del asegurado afectado. La Compañía no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de un siniestro, evento o incapacidad ocurrido en ese período.
- 7. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.
- 8. Incapacidad: Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola Incapacidad.

Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma Incapacidad.
- 9. Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el Artículo 112 del Código Sanitario. Se excluye de ésta definición a los cirujanos dentistas con cualquier especialidad.
- 10. Evento: Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas

directamente al diagnóstico principal, con una duración y plazo que será definido en las Condiciones Particulares.

En caso que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso, se prolongue más allá del plazo indicado en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos.

11. Gastos Ambulatorios: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.
12. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
- 12.- Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
- 13.- Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
- 14.- Preexistencia: Cualquier lesión, enfermedad en estudio, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía aseguradora para el respectivo beneficio que ampararía el gasto en conformidad a esta póliza.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES.

Esta póliza no cubre los gastos médicos señalados en el Artículo 2º, cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- a) La hospitalización con fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes, y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones. Para efectos de esta póliza, se entiende por cirugía y tratamientos dentales y maxilofaciales todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo

esquelético articulares (temporo-mandibular) exceptuándose los de origen accidental.

- d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA-, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas, alcohol y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- f) Lesión o enfermedad causada por:
 - i) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii) Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii) Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
 - iv) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.
 - v) Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferido y abortos provocados.
 - vi) Fusión y fisión nuclear.
- g) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- h) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos.
- i) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los otorgados en el punto A) del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- j) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.
- k) La atención particular de enfermería fuera del hospital.
- l) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

- n) Maternidad e incapacidades preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que han sido diagnosticadas médicamente con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de la presente póliza.
- o) Lesiones, enfermedades o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.
- p) Prestaciones médicas asociadas a enfermedades hereditarias o congénitas.
- q) Epidemias oficialmente declaradas.
- r) No serán consideradas como enfermedades o eventos con derecho a cobertura, para efectos del presente contrato, la cirugía, o tratamientos o gastos siguientes:
- La obesidad no mórbida (IMC <40).
 - La Impotencia masculina.
 - Fertilidad e infertilidad.
 - Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastía, u otros similares.
 - Tratamientos anticonceptivos.
 - Cirugía de reducción mamaria.
 - Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- s) Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriologos, reflexología, quiropraxia, y otros similares.

ARTÍCULO 5º: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Esta póliza tendrá una duración de 1 año, contado desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares.

Su renovación será automática al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de carta certificada por lo menos con 1 mes de anticipación a la fecha de vencimiento, o bien en aquellos casos en que el contrato haya sido rescindido o terminado anticipadamente, ya sea por falta de veracidad u omisión en las declaraciones del asegurado o por incumplimiento en el pago de la prima de su póliza.

En caso que algún asegurado se encuentre hospitalizado a la fecha de término de esta póliza, la compañía aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esta hospitalización, con el tope indicado en el Artículo 8º de esta póliza, y hasta un plazo máximo de sesenta (60) días, contados desde la fecha de término de este seguro.

ARTÍCULO 6º: PRIMAS

- a) Pago de la Prima: La prima será pagada mensualmente, en la forma y en el lugar que la compañía aseguradora haya designado en las Condiciones Particulares.

- b) **Plazo de Gracia:** Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, el cual se encuentra definido en las Condiciones Particulares, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía aseguradora, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.
- c) **Término Anticipado del Contrato:** Si habiendo vencido el plazo de gracia fijado en la letra anterior la prima continuare impaga, el contrato de seguro terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la compañía aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza. Tratándose de una póliza colectiva, el contrato de seguros se mantendrá vigente para todos los efectos, terminando la cobertura individual de aquellos asegurados respecto de los cuales – habiendo transcurridos el plazo de gracia establecido en esta póliza – la prima continuara impaga.

ARTÍCULO 7º: GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones o Sistema Previsional al que se encontrare afiliado.

El asegurado tendrá obligación de informar a la compañía aseguradora, al momento de contratar la póliza o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza, como asimismo, de su afiliación a algún Sistema de Salud Previsional, Isapre o Fonasa.

Los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 8º: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

El monto máximo de reembolso por persona indicado en las Condiciones Particulares será anual y cubrirá todos los siniestros o eventos ocurridos bajo su vigencia hasta agotar dicho monto. Así en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros o eventos posteriores, pero si el gasto cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros o eventos siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

La compañía aseguradora sólo reembolsará el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza, por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado a consecuencia de una o más prestaciones derivadas de un evento, cubiertas en virtud de esta póliza, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado, el cual se aplicará para cada evento.

Se entenderá que el inciso anterior será aplicable a cada evento que ocurra dentro de la vigencia de la póliza, determinando en cada uno de ellos el exceso del deducible. En todo caso no se requerirá rehabilitación de la Póliza por este concepto.

ARTÍCULO 9º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Con anterioridad a la emisión de la póliza la compañía aseguradora deberá consultar al Asegurable, acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

La veracidad de tales declaraciones, sea en la propuesta del seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, cuando éstos correspondan, constituyen condición de validez del presente contrato.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas en cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes o durante la vigencia de esta Póliza, incluso haciendo examinar médicamente a la persona amparada por la presente póliza.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud que pudiere influir en la apreciación del riesgo, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para poner término anticipado al contrato o rechazar el pago de la indemnización reclamada, y en ambos casos retener el valor de la prima pagada.

ARTÍCULO 10º: AVISO DE SINIESTRO

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado o quien él designe para este efecto, deberá informarlo a la compañía aseguradora, en el formulario especial que la compañía aseguradora facilitará para tal efecto y dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando a la compañía aseguradora del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTÍCULO 11º: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la compañía aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

ARTÍCULO 12º: PAGO DE SINIESTROS

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización inmediatamente después de concluido el análisis de los antecedentes respectivos. En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, se procederá conforme al procedimiento de liquidación establecido en el Título IV del D.S. Nº 863, de 1989, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros.

El pago de la indemnización, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora al respectivo contratante.

En caso que los gastos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio observado determinado por el Banco Central de Chile y que estuviere vigente a la fecha en que se efectúe el reembolso de gastos, de conformidad a esta póliza.

ARTÍCULO 13º: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

- 1.- Del Asegurado: La cobertura y el contrato de seguro terminará anticipadamente en los siguientes casos:

- Cuando el asegurado hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado esta póliza.

- Si habiendo vencido el plazo de gracia la prima continuare impaga, el contrato de seguro terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la compañía aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

2.- De esta Póliza: Terminada la vigencia de esta póliza, sea anticipadamente o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

- Si habiendo vencido el plazo de gracia la prima continuare impaga, el contrato de seguro terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la compañía aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

- Se deja constancia que la presente póliza quedará sin efecto a la fecha en que el asegurado titular de esta póliza cumpla la edad de sesenta y seis años u otra estipulada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 14º: AJUSTE DE LA PRIMA

La prima de esta póliza podrá ser ajustada anualmente, de acuerdo a la tarifa vigente y a la edad de los Asegurados al momento de la renovación del contrato.

ARTÍCULO 15º: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la compañía aseguradora, a petición del asegurado, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Asegurado. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 16º: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen del cargo de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 17º: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y la compañía aseguradora en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado podrá por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 18º: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 19º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.